Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

Aanhangsel van de Handelingen

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1563

Vragen van de leden **Leijten** en **Van Gerven** (beiden SP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *patiënten met een armenpolis die steeds vaker bij moeten betalen na een behandeling in het ziekenhuis* (ingezonden 16 februari 2015).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 16 maart 2015)

Vraag 1
Wat is uw reactie op de berichtgeving dat ziekenhuizen steeds vaker te maken krijgen met patiënten met een armenpolis, die zij achteraf een rekening van de behandelkosten moeten sturen?[1]

Antwoord 1
In Nederland kennen wij geen armenpolis. Alle polissen moeten het verzekerde basispakket leveren met zorg van goede kwaliteit die binnen redelijke afstand en tijd wordt geleverd. De verzekeraar moet iedereen accepteren voor dezelfde premie. Als mensen kiezen voor een naturapolis is het belangrijk dat ze weten waarvoor ze kiezen. De verzekeraar moet goede informatie leveren aan de verzekerde over zijn polis en welke zorg wordt vergoed. Deze informatie moet expliciet aan de (potentiële) verzekerde worden voorgelegd. Ook als de verzekerde al een polis heeft en deze polis verandert qua inhoud en vergoeding, moet de verzekeraar de verzekerde wijzen op de verschillen tussen de polissen.
Het is onwenselijk en onnodig dat verzekerden voor onaangename verrassingen komen te staan. Daarom ben ik positief over het initiatief van de zorgverzekeraars om een portal te maken opdat aanbieders kunnen zien welke polis de verzekerde heeft en of de geleverde zorg van de betreffende aanbieder wordt vergoed. De aanbieder zal dan de verzekerde daarvan actief informeren.

Vraag 2
Onderschrijft u de uitspraak van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) dat het een landelijk probleem is dat naar verwachting alleen maar zal toenemen? Kunt u uw antwoord toelichten?

[1] NOS, 12 februari 2015: «Patiënt met budgetpolis moet steeds vaker bijbetalen»

ah-tk-20142015-1563
ISSN 0921 - 7398
’s-Gravenhage 2015

Antwoord 2
Voor elke verzekerde dient de inhoud van de polis, het gecontracteerde aanbod, de consequenties indien men kiest voor niet-gecontracteerd aanbod transparant te zijn. Dit wordt belangrijker naarmate men kiest voor een polis waarbij selectiever wordt gecontracteerd, zoals bij een aantal naturapolissen het geval is. Het aantal budgetpolissen is gestegen en ook het aantal verzekerden dat voor een budgetpolis kiest is gestegen (overigens zijn de cijfers over 2015 nog niet bekend). In 2014 werden 12 budgetpolissen aangeboden, in 2010 waren dit er 5. Ongeveer 4,5% van de verzekerden had in 2014 een budgetpolis, in 2010 was dit 0,5%. Verzekerden die kiezen voor een budgetpolis moeten goede informatie krijgen, zodat verzekerden niet met onverwachte rekeningen worden geconfronteerd.

Vraag 3
Heeft u zicht op de omvang van dit probleem? Hoeveel mensen worden achteraf geconfronteerd met een onverwachte rekening na afloop van een ziekenhuisopname? Is dat aantal stijgende? Gaat het hier om tienduizenden mensen of meer in het hele land?

Antwoord 3
Uw Kamer heeft mij eind december verzocht een overzicht te geven van «het aantal personen dat als gevolg van hun budgetpolis een eigen bijdrage hebben moeten betalen c.q. zorgrekeningen zelf hebben moeten betalen». Ik heb de betreffende informatie uitgevraagd bij de zorgverzekeraars. Ik verwacht medio maart de betreffende informatie te ontvangen. Op basis daarvan zal ik uw vragen beantwoorden. Hiernaast heeft de NVZ onlangs een enquête gedaan onder 80 ziekenhuizen (respons 47 ziekenhuizen) over de budgetpolis. Hieruit is gebleken dat bij 73% van de ziekenhuizen sprake was van 1 of meerdere patiënten waarbij zorg deels of niet wordt vergoed als gevolgd van de budgetpolis.

Vraag 4
Wat is de invloed van deze onverwachte – vaak hoge – rekeningen op het aantal mensen dat een betalingsregeling moet treffen of zelfs als wanbetaler te boek komt te staan? Is dat aantal eveneens stijgende?

Antwoord 4
Ik heb geen gegevens over het aantal mensen dat gebruik maakt van de mogelijkheid tot gespreid betalen, dat samenhangt met rekeningen die niet vergoed worden door de zorgverzekeraar omdat er geen sprake is van gecontracteerde zorg. Ook de relatie tot het aantal wanbetalers is mij niet bekend.

Vraag 5
Heeft u zicht op de extra kosten die hiermee gemoeid zijn voor ziekenhuizen? Hoeveel tijd en geld zijn zij kwijt aan het versturen van rekeningen en betalingsherinneringen? Hoeveel tijd en geld zijn zij kwijt aan het (telefonisch) te woord staan van mensen met vragen?

Antwoord 5
Ziekenhuizen worden geconfronteerd met declaraties die niet (geheel) vergoed worden door de zorgverzekeraar en de kosten dienen zij te verhalen op de verzekerden. Het is onbekend hoeveel tijd en geld dit exact kost. Het is veel beter als ziekenhuizen vooraf de patiënt beter kunnen voorlichten. De eerder genoemde portal kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren.

Vraag 6 en 7
Bent u evenals de NVZ van mening dat het met 3.500 mogelijke poliscombinaties voor ziekenhuizen geen doen is om iedere patiënt te informeren of de voorgenomen behandeling wel of niet volledig vergoed wordt door hun zorgverzekeraar?
Bent u net als de NVZ van mening dat het de verantwoordelijkheid is van verzekeraars om voor hun verzekerden volstrekt helder te maken wat wel en wat niet vergoed wordt met de polis die zij hebben afgesloten? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 6 en 7
Er zijn op dit moment 70 verschillende polissen op de markt. Door de grote verscheidenheid aan collectiviteiten, marketinguitingen en de veel gemaakte koppeling met aanvullende verzekeringen lijkt de keuze veel groter. Ik heb de aandacht van de NZa gevraagd voor het groeiend aantal polissen dat beschikbaar is en hun gevraagd of dit aantal recht doet aan de verschillende voorkeuren van de verzekerden of dat dit wijst op een gebrek aan concurrentie.
Verzekerden, zorgverzekeraars en zorgverleners hebben ieder hun eigen verantwoordelijkheid als het gaat om het inwinnen en verstrekken van informatie over vergoeding van zorg. De verzekerde moet zich voordat hij een bepaalde polis afsluit, goed informeren over de inhoud van de polis en welke gevolgen dit voor hem kan hebben. Ook doet een verzekerde er verstandig aan contact op te nemen met zijn zorgverzekeraar alvorens naar een ziekenhuis of andere zorgaanbieder te gaan. De verzekeraar heeft de plicht om een verzekerde te informeren over het gecontracteerde aanbod, de financiële consequenties van niet-gecontracteerd aanbod en de gevolgen voor het eigen risico voorafgaand aan een behandeling.
Zorgverleners moeten zich er op hun beurt ook voor inspannen om hun patiënten te informeren, omdat als zij niet zijn gecontracteerd de patiënt de kosten aan hen moet betalen. Als zij de patiënt hierover niet informeren, lopen zij een debiteurenrisico.
Om het voor zorgverleners gemakkelijker te maken hun patiënten direct te informeren over de vergoeding van de te leveren zorg, heb ik eerder in mijn brief van 17 december 2014[2] aangegeven dat zorgverzekeraars met ziekenhuizen de mogelijkheid bekijken om bij afsprakenbureau's in ziekenhuizen een portal te implementeren waarmee het ziekenhuis bij het inplannen van een afspraak op basis van de polis van de verzekerde kan zien of er sprake is van een contract.

Vraag 8
Bent u van mening dat het momenteel voor iedere zowel hoog- als laagopgeleide Nederlander volstrekt helder is welke zorg hij wel of niet vergoed krijgt bij de behandeling in een ziekenhuis? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 8
De verzekeraar heeft de plicht om een verzekerde te informeren over het gecontracteerde aanbod, de financiële consequenties van niet-gecontracteerd aanbod en de gevolgen voor het eigen risico voorafgaand aan een behandeling. Op deze verplichting houdt de NZa toezicht en zij kan handhavende maatregelen treffen indien de zorgverzekeraar deze verplichtingen niet nakomt. De informatie die een verzekerde kan vinden in zijn polisvoorwaarden of op de website kan als ingewikkeld worden ervaren, in dat geval doet een verzekerde er verstandig aan contact met de verzekeraar op te nemen voor nadere toelichting en uitleg.

Vraag 9
Is het naar uw mening terecht dat zolang het niet voor iedereen volstrekt helder is wat wel en wat niet wordt vergoed, een groeiend aantal mensen geconfronteerd wordt met onverwachte bijbetalingen na een behandeling in het ziekenhuis? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 9
Zoals aangegeven in mijn antwoord op vraag 6, 7 en 8 hebben zowel verzekerden, verzekeraars als aanbieders hun eigen verantwoordelijkheid als het gaat om het inwinnen en verstrekken van informatie over vergoeding van zorg. De NZa heeft zorgverzekeraars informatieverplichtingen opgelegd en kan handhavend optreden indien deze niet worden nageleefd. Ik acht het van belang dat de NZa hier strikt op toe ziet. Maar ook verzekerden zelf moeten zich goed informeren over hun polis voordat zij gebruik maken van zorg. Ik juich het initiatief van de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen toe om bij afsprakenbureaus in ziekenhuizen een systeem te implementeren waarmee

[2] Brief met kenmerk 32189–131538-Z.

het ziekenhuis bij het inplannen van een afspraak op basis van de polis van de verzekerde kan zien of er sprake is van een contract.

Vraag 10
Bent u bereid zorgverzekeraars te wijzen op hun verantwoordelijkheden verzekerden beter in te lichten over wat wel en wat (deels) niet wordt vergoed? Dienen zij niet per ziekenhuis aan te geven welke zorg wel of niet wordt vergoed en wat de reden daarvan is?

Antwoord 10
Zorgverzekeraars hebben de verplichting om aan te geven welke zorgaanbod is gecontracteerd en wat de consequenties zijn voor de vergoeding indien men naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat. Zoals aangegeven houdt de NZa hier toezicht op en kan zij handhavend optreden indien zorgverzekeraars onvoldoende transparantie bieden.

Vraag 11
Bent u bereid zorgverzekeraars aan te sporen om coulant om te gaan met verzekerden van wie redelijkerwijs niet verwacht kan worden dat zij weten of een behandeling wel of niet vergoed wordt? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 11
In hoeverre zorgverzekeraars coulance verlenen is hun eigen verantwoordelijkheid. Als de informatievoorziening aantoonbaar niet op orde is, dient de verzekeraar de zorg te vergoeden.

Vraag 12
Ziet u een rol weggelegd voor de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) in het beoordelen of verzekerden redelijkerwijs konden weten of een behandeling wel of niet zou worden vergoed? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 12
Ja, voor de SKGZ kan een rol zijn weggelegd. Als een verzekerde het niet eens is met een beslissing van zijn zorgverzekeraar, dient de verzekerde eerst contact met de zorgverzekeraar op te nemen. Leidt dit niet tot het gewenste resultaat, kan de verzekerde de SKGZ vragen om te bemiddelen. Leidt bemiddeling ook niet tot het gewenste resultaat, dan kan de verzekerde een klacht indienen bij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. In dat geval wordt de klacht een geschil en doet de geschillencommissie een bindende uitspraak («bindend advies»). Is de verzekerde of de zorgverzekeraar het niet eens met het bindend advies, dan kan dit ter toetsing worden voorgelegd aan de bevoegde rechter.

Vraag 13
Is het niet veel beter de contracteerplicht van zorgverzekeraars voor alle hulpverleners in te voeren als de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft aangegeven dat de zorg die zij bieden adequaat is? Is dit niet veel rechtvaardiger en efficiënter en biedt dit niet de keuzevrijheid die patiënten willen? Wilt u dit systeem zo snel als mogelijk invoeren? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 13
In Nederland heeft een contracteerplicht bestaan. Die is niet voor niets afgeschaft. Het budgetteringssysteem dat daarmee samenhing leidde tot wachtlijsten, gebrek aan innovatie en achterblijvende kwaliteit van zorg. Herinvoering van de contracteerplicht acht ik derhalve zeer onwenselijk. Zorgverzekeraars maken keuzes op basis van kwaliteit en prijs. Na de afschaffing van de contracteerplicht is de prijsontwikkeling gematigd, terwijl tegelijkertijd de kwaliteit van de zorg is gestegen.